

年 月 日

病院長 銘苺 晋 殿

病院訪問許可申請書 (第4版)

1. 訪問企業名： _____ 社

連絡先 TEL： _____

FAX： _____

E-mail： _____

訪問者 氏名 (上限2名まで)

1) _____、 2) _____

上記 _____ 名が病院へ訪問することを許可願います。

記

面会希望医師： _____ 科 _____ 先生

希望訪問日：① 年 月 日 時 分～ 時 分

② 年 月 日 時 分～ 時 分

1. 面会の目的:

2. 直接面会が必要な理由(詳細に) (ZOOM 等では対応できないのか 検討されてください)

申請に対し (**許可** ・ **不許可**) と致します。

年 月 日

有効期間

面会医師等：(サイン) _____

訪問日 月 日 のみ

所属長：(サイン) _____

副院長 (事務系の場合 事務長)：(サイン) _____

病院長： 銘苺 晋

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院 FAX：098-878-8434 (直通)

**当日、この許可証の提示がない場合は面会をお断りさせていただきますので
ご了承下さい。**

2022.7.4 作成